

豊橋市風しん抗体検査申込書兼結果報告書

↓太枠内の記入をお願いします。

検査申込者	検査日時で住民票のある住所	豊橋市					
	氏名	フリガナ	男・女	生年月日	S・H・R	年	月
		TEL ()					
		※検査日時で豊橋市に住民登録の無い方は、検査費用の助成は受けられません					
		(満 歳)					

申込者記入欄			
1	今までに風しん抗体検査(妊婦健診を含む)を受けたことがありますか はいの方 → 検査年月日(S・H・R 年 月 日)	はい	いいえ
2	今までに風しんワクチン又は麻しん風しん混合ワクチンの予防接種を受けたことがありますか はいの方 → 接種年月日(S・H・R 年 月 日) 接種年月日(S・H・R 年 月 日)	はい	いいえ
3	今までに風しんの確定診断(検査による診断)を受けたことがありますか はいの方 → 診断年月日(S・H・R 年 月 日)	はい	いいえ
過去に風しん抗体検査(妊婦健診を含む)を受けたことがある方、明らかに風しんの予防接種歴がある方、検査で確定診断を受けた風しんの既往歴がある方は、今回の抗体検査の助成の対象になりません。			
<p>私は、</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>① 妊娠を予定または希望する女性(出産経験なし)</p> <p>② 妊娠を予定または希望する女性(出産経験あり)</p> <p>③ 妊娠を予定または希望する女性の配偶者</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>※該当する番号に○をつけてください</p> <p>④ 妊娠を予定または希望する女性の同居者</p> <p>⑤ 風しん抗体価が低い(※)妊婦の配偶者</p> <p>⑥ 風しん抗体価が低い(※)妊婦の同居者</p> </div> </div> <p>に該当するため、風しん抗体検査を申込みます。</p>			
検査日 年 月 日		検査申込者署名(自署)	

※「抗体価が低い」とは、赤血球凝集抑制試験(HI法)の結果が8倍未満、8倍、16倍のいずれか(又はそれと同等の検査結果)に該当する場合をいう。

風しん抗体検査結果報告書(結果説明を行う医師が記入してください。)		
検査方法	H I 法(倍)	
検査結果及び区分	適用	8倍未満・8倍・16倍
(○又は抗体価を転記)	不適用	32倍・()倍
上記の者の検査について、以上の結果となりました。		
よって、豊橋市風しん予防接種事業について (適用 ・ 不適用) とします。		
結果説明日 年 月 日	実施医療機関名	
医師署名又は記名押印		